

Aanvraag voor machtiging tot vergoeding Demande d'autorisation de remboursement

*KORTE TERMIJN ZUURSTOF THERAPIE
OXYGÈNOTHERAPIE DE COURTE DURÉE*

Datum: _____

Zuurstof Oxyconcentrator
Oxyconcentrateur d'oxygène

Date: _____

Gasvormige Medicinale zuurstof
Oxygène Médicinale gazeux en bouteilles

Aanvrager – Demandeur

Naam en voornaam: _____

Nom et prénom: _____

Tel.: _____

Tél.: _____

e-mail: _____

e-mail: _____

Rechthebbende – Bénéficiaire

Naam en voornaam: _____

Kleefvignet:

Rijksregisternummer: _____

Nom et prénom: _____

Vignette:

Numéro de Registre national: _____

*ACUTE HYPOXEMIE
HYPOXÉMIE AIGUË*

Diagnose – Diagnostic: _____

Omschrijving van de klachten - Description des plaintes: _____

**En/of
Et/ou**

SaO₂: _____

Stempel en handtekening – Cachet et signature:

Datum – Date: